

CHIRURGIA STOMACULUI SI DUODENULUI

J172

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, РЕЗУЛЬТАТЫ И РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСТБУЛЬБАРНЫХ И ЮКСТАПАПИЛЛЯРНЫХ ЯЗВ

Шепетько Е.Н., Шепетько А.Е., Ефремов В.В.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца. Киев, Украина

Цель. Разработать способы операций с реимплантацией большого дуоденального сосочка (БДС), снизить послеоперационную летальность и количество послеоперационных осложнений в хирургическом лечении осложненных постбульбарных (ПБЯ) и юкстапапиллярных (ЮПЯ) язв. Материал и методы. Анализ подвергнуты ранние послеоперационные осложнения (РПУ) у 270 больных, оперированных по поводу осложненных постбульбарных (ПБЯ) (220 пациентов, 1 группа) и юкстапапиллярных язв (ЮПЯ) (50 пациентов, 2 группа). Залуковичной (постбульбарной) язвой считалась язва, расположенная на расстоянии не меньше 3 см от пилорического жома. Юкстапапиллярная (около-сосочковая) язва (ЮПЯ) – язва, находящаяся в непосредственной близости от БДС или вовлекающая его в язвенный процесс. Предложена модифицированная классификация осложненных ЮПЯ. I. Супрапапиллярная язва – язва, расположенная проксимальнее (выше) БДС, так, что между нею и БДС остается мостик слизистой не меньше 0,5 см и не больше 1 см. II. Парапапиллярная язва – язва, расположенная на уровне БДС справа или слева на расстоянии не меньше 0,5 см. III. Папиллярная язва – расположенная в зоне БДС с его частичным вовлечением. IV. Гигантская папиллярная язва со значительной деструкцией БДС, так что визуализируются отдельно устья желчного и панкреатического протока. V. Инфрапапиллярная язва – расположенная дистальнее (ниже) БДС не меньше, чем на 0,5 см. VI. Контрпапиллярная язва – расположенная напротив БДС на противоположной стенке ДПК. Разработаны методы реимплантации БДС при различных классах ЮПЯ в ДПК или тощую кишку с трансдуоденальным или трансюнональным транспапиллярным наружным управляемым дренированием холедоха и главного панкреатического протока (ТПДХ). Результаты. Установлено, что из 19 реимплантаций БДС при осложненных ЮПЯ в I периоде умерло 2 оперированных больных, а во II периоде – 3 пациента из 17 (17,6%). С разработкой новых методик реимплантации БДС удалось снизить послеоперационную летальность в 5,7 раз. Всего РПУ возникли у 26 из 220 оперированных (11,8 %) по поводу осложненных ПБЯ, 13% РПУ (15 пациентов из 115) в I периоде наблюдения (1983-1992гг.) и 10,5% (11 больных из 105) – в II периоде (1993-2008гг.). При осложненных ЮПЯ РПУ возникли за весь период наблюдения у 21 из 50 больных (42%), причем у 66,6% пациентов с ЮПЯ РПУ возникли в I периоде и у 16 из 41 пациента (39%), оперированных в II периоде. Частота возникновения РПУ при осложненных ЮПЯ в 3,6 раз (или на 30,2%) выше, чем после операций по поводу осложненных ПБЯ ($c_2=23,803$, $p<0,0001$). Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) в 14 раз чаще возникал после операций по поводу ЮПЯ (11 из 50, или 22%), по сравнению с ПБЯ (3 из 220, или 1,6%) ($c_2=30,394$, $p<0,0001$).

J173

РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКОЙ ПРИ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Шепетько Е.Н., Гармаш Д.А.

Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца. Киев, Украина

Цель: разработать новые способы одномоментной реконструктивной еюногастропластики (ЕГП) и улучшить функциональные результаты тотальной гастрэктомии при острокровоточащем раке желудка. Материал и методы. Анализ подвергнуты результаты 218 тотальных гастрэктомий, выполненных по поводу осложненного рака желудка с 1983 по 2010 год в хирургической клинике №3 Национального медицинского университета. Острое язвенное кровотечение было у 149 больных, а в плановом порядке оперировано 69 пациентов. Разработан способ одномоментной реконструктивной ЕГП после тотальной гастрэктомии (Пат. UA № 52020 А) путем сшивания петли тощей кишки в виде буквы Ф («тройной анастомоз»), а также три способа аппаратной ЕГП после тотальной гастрэктомии при острокровоточащем раке желудка (Пат. UA № 41335). Одномоментная реконструктивная ЕГП после тотальной гастрэктомии ручным или аппаратным швом предпринята у 19 больных. Результаты. Среди 149 пациентов с острым желудочным кровотечением умерло 19 (12,7%), при этом послеоперационную летальность удалось снизить с 20,2% (умерло 18 из 89 в 1-м периоде (1983-1999г.) наблюдений) до 1,7% (умер 1 из 60 больных во 2-м периоде (2000-2010г.)), тогда как при плановых гастрэктомиях показатель послеоперационной летальности снизился с 17,2% (умерло 10 из 58 больных в 1-м периоде) до 9,1% (умер 1 из 11 во 2-м периоде). Среди 19 пациентов после гастрэктомии с ЕГП распределение по стадиям опухолевого процесса было следующим: IB ст. - 2 (10,5 %), II ст. - 4 (21,0 %), IIIA ст. - 5 (26,3 %), IIIB ст. - 1 (5,3 %), IV ст. - 7 (36,9%). Умеренная кровопотеря отмечена у 14 (73,7%), средней степени тяжести – у 1 (5,3%),

тяжелая – у 4(21%). Степень стабильности гемостаза при эндоскопическом исследовании (по Forrest): FIIA - 2(10.5%), FIIБ - 1(5.3%), FIIC - 3(15.8%), FIП - 13(68.4%). Еюногастропластика сформирована по разработанным методикам ручным швом у 3(15.8%) пациентов, аппаратным - у 16(84.2%), по методике Ф-анастомоза на петле по Ру (Пат. UA № 52020 А) - 6(31.6%), по методике Ф-анастомоза с включением двенадцатиперстной кишки - 3(15.8%), по Бондарю с аппаратным швированием приводящей и отводящей петель кишки и Брауновским соустьем (Пат. UA № 41335) - 10(52.6%). Неосложненное течение послеоперационного периода было у 16 (84.2%) больных, у 2 развился острый послеоперационный панкреатит(1 - ЕПП ручным швом, 1 – аппаратным), а у одного пациента развилась перфорация острой язвы тощей кишки после ЕПП ручным швом, потребовавшая релапаротомии. Летальных исходов не было. Вывод. 1.При острокровоточащем раке желудка у пациентов молодого и среднего возраста тотальную гастрэктомию целесообразно дополнять одномоментной реконструктивной ЕПП, выполняемой ручным или аппаратным швом по разработанным методикам.2. После тотальной гастрэктомии лучшей в функциональном отношении признана аппаратная реконструктивная еюногастропластика с включением двенадцатиперстной кишки.

J174

REZULTATELE PRECOCE ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL BOLNAVILOR CU HERNII HIATALE ȘI BOALA DE REFLUX GASTRO-ESOFAGIAN

Iacob V., Gutu E., Guzun V., Cernetchii E.

Catedra Chirurgie Generală și Semiologie, USMF "N. Testemițanu", IMSP SCM nr.1, Chisinau, Moldova

Introducere: Hernia hiatală în 66% este asociată cu reflux gastro-esofagian. Tratamentul chirurgical al herniilor hiatale constă în lichidarea herniei cu efectuarea crurorafiei, cit și în efectuarea operației antireflux. Materiale și metode: Pe parcursul a doi ani în Clinica au fost tratați chirurgical 110 pacienți cu hernii hiatale și reflux gastro-esofagian. Diagnosticul s-a confirmat prin examenul clinic, radiologic, endoscopic și pH-metric. La 103 (93,6%) pacienți operația a fost efectuată laparoscopic, iar la 7 (6,4%) - prin laparotomie. În 107 (97,3%) cazuri a fost efectuată fundoplicția Nissen-Rosetti, iar în trei (2,7%) - Dor. Ca metoda standard s-a utilizat crurorafia posterioară. Într-un caz (0,9%) crurorafia nu a fost executată, iar la doi (1,8%) pacienți crurorafia a fost atât posterioară, cât și anterioară. Pacienții erau examinați clinic și radiologic înainte de externare, peste 30 și 120 de zile postoperator. Rezultate: În primele 30 zile postoperatoriu la 109 (99,1%) pacienți s-a notat dispariția semnelor patologice. La un pacient (0,9%) la care s-a efectuat crurorafie posterioară și fundoplicție Dor, peste o lună după operație a reapărut simptomatologia existentă preoperator. La 86 (77,5%) pacienți la examinarea radiologică efectuată în a 3-5 zi postoperator s-a constatat o dilatarea moderată a esofagului, dar fără dereglarea pasajului. Patru pacienți (3,6%) au necesitat dilatare endoscopică. La doi (1,8%) bolnavi postoperator au apărut semne clinice și radiologice ale dereglării evacuatoare din stomac. Concluzii: Analiza rezultatelor precoce ale tratamentului chirurgical al herniilor hiatale și a refluxului gastro-esofagian în 99,1% cazuri indică la dispariția semnelor existente preoperator. Disfagia postoperatorie este tranzitorie la marea majoritatea pacienților.

EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HIATAL HERNIA AND GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Background: Hiatal hernia in 66% of cases is associated with gastro-esophageal reflux. Surgical treatment of hiatal hernia consists of removing the hernia sac with cruroraphy and antireflux procedure. Materials and methods: During two years period in the Clinic were treated surgically 110 pts with hiatal hernia and gastro-esophageal reflux. The diagnosis was confirmed by physical examination, X-ray, endoscopic and pH-metric studies. In 103 (93,6%) pts the procedure was performed laparoscopically, in 7 (6,4%) patients - by opened approach. The Nissen-Rossetti fundoplication has been performed in 107 (97,3%) cases, and Dor - in 3 (2,7%). The posterior cruroraphy has been used as a standard method in all, except of 3 (2,7%) pts. Patients were examined clinically and radiologically (endoscopically) just upon discharging from the hospital, and 30 and 120 days after surgery. Results: The complete disappearance of the pathological signs was noted in 109 pts (99,1%) within the first 30 days after surgery. In one (0,9%) patient, which underwent posterior cruroraphy and Dor fundoplication, the initial symptomatology reappeared since one month after surgery. Radiological study performed on the 3-5-th postoperative day noticed a moderated enlargement of the esophagus, but without evident passage disorders in 86 pts (77,5%). Four (3,6%) pts required endoscopic dilatation of fundoplication zone. In 2 (1,8%) pts in the postoperative period were observed clinical and radiological signs of delayed gastric emptying. Conclusions: The early results analysis of surgical treatment for hiatal hernias and gastro-esophageal reflux suggests disappearance of clinical symptomatology in 99,1% of pts. In mostly of patients the postoperative dysphagia is transitory.

J175

ULCERUL POSTBULBAR PERFORAT

Bujor P., Bujor A.

Catedra chirurgie 2, USMF, N. Testemițanu, clinica de chirurgie 2 SCM, Sf. Treime Chișinău, Republica Moldova

Actualitatea: Deși, individualizat de criteriile anatomice clare - intersecție cu artera gastroduodenală proximală și unghiul Treitz distal, tema care este pusă în discuție și astăzi, ca regiune a duodenului (D 1-2-3-4), delimitată cranial de artera gastroduodenală și caudal de orificiul papilei și mai jos de